

Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud Informe sobre los progresos realizados, abril de 2007

RESUMEN

En la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, celebrada en junio de 2006, los Estados Miembros de las Naciones Unidas acordaron trabajar para alcanzar el objetivo de garantizar el “acceso universal a programas integrales de prevención, tratamiento, atención y apoyo” para 2010.

Aprovechando las enseñanzas extraídas de la expansión masiva de las intervenciones emprendidas contra el VIH en los últimos años, la OMS, como copatrocinadora del ONUSIDA responsable de la respuesta del sector de la salud a la infección por VIH/SIDA, ha establecido prioridades para sus actividades técnicas y su apoyo a los países basándose en las cinco orientaciones estratégicas siguientes, cada una de las cuales representa un área fundamental donde el sector de la salud habrá de invertir esfuerzos para lograr avances relevantes hacia el acceso universal.

1. Poner los medios para que las personas puedan conocer su serología VIH.
2. Maximizar la contribución del sector de la salud a la prevención de la infección por VIH.
3. Acelerar la extensión masiva del tratamiento y la atención contra el VIH/SIDA.
4. Fortalecer y expandir los sistemas de salud.
5. Invertir en información estratégica para dar forma a una respuesta más eficaz.

En este contexto, en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 2006, la OMS decidió vigilar y evaluar la respuesta mundial de expansión del acceso universal articulada por el sector de la salud y elaborar informes anuales al respecto. Este primer informe aborda los progresos de la expansión de las siguientes intervenciones del sector sanitario.

- Terapia antirretroviral.
- Prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño (PTMN).
- Asesoramiento y pruebas del VIH.
- Intervenciones dirigidas a los consumidores de drogas inyectables (CDI).
- Control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) para prevenir la transmisión del VIH.
- Vigilancia de la epidemia de VIH/SIDA.

A partir de 2008, los informes anuales proporcionarán datos sobre la expansión de otras intervenciones y sobre los progresos realizados en lo relativo a superar las barreras del sistema de salud para lograr el acceso universal.

Terapia antirretroviral

Se mantienen las alentadoras tendencias mundiales de expansión de la terapia antirretroviral. En 2006, casi 700 000 personas recibieron tratamiento por vez primera. En diciembre de 2006 se estimaba que había 2 015 000 personas (1,8-2,2 millones) con VIH/SIDA que estaban recibiendo tratamiento en los países de ingresos bajos y medios, lo que representa un 28% (24%-34%) de los 7,1 millones (6,0-8,4 millones) de personas que lo necesitaban.

Se estima que en el África subsahariana hay hoy más de 1,3 millones de personas sometidas a terapia antirretroviral, con una cobertura del 28% (24%-33%), mientras que hace tres años la cifra era de 100 000, lo que significa una cobertura de sólo un 2%. De las personas que hoy día reciben terapia antirretroviral en los países de ingresos bajos y medios, el 67% viven en el África subsahariana, mientras que a finales de 2003 el porcentaje era sólo del 25%.

En Asia oriental, meridional y sudoriental, 280 000 personas (225 000-335 000) están hoy bajo tratamiento, y se estima que la cobertura es del 19% (13%-28%), lo que equivale al cuádruple de la cifra correspondiente al final de 2003, que era de 70 000. Aunque Asia representa un 21% (17%-25%) de las necesidades de tratamiento globales, sólo un 14% (13%-15%) de las personas sometidas a tratamiento en los países de ingresos bajos y medios viven en esa región.

En América Latina y el Caribe el número de personas que reciben tratamiento ha aumentado gradualmente hasta 355 000 (315 000-395 000), frente a las 210 000 tratadas al final de 2003. Aunque hay diferencias considerables entre los países, la cobertura general del 72% (55%-96%) no está lejos del acceso universal.

Ha habido progresos sustanciales en Europa oriental y Asia central, donde 35 000 personas (33 000-37 000) están recibiendo actualmente tratamiento, frente a las 15 000 de finales de 2003. Se estima que la cobertura en esta región es de un 15% (11%-22%).

África del Norte y Oriente Medio son la región con menor cobertura estimada, 6% (4%-12%), con sólo 5 000 (4000-6000) personas tratadas de las 77 000 (43 000-130 000) que se estimaba que necesitaban tratamiento al final 2006.

Al final de 2006 los fondos proporcionados a través del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA estaban permitiendo costear programas en los que se trataba a 987 000 personas. Los programas respaldados por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria estaban tratando a unas 770 000 personas. Sin embargo, aproximadamente 492 000 personas estaban recibiendo tratamiento a través de programas financiados conjuntamente por las dos iniciativas, de modo que globalmente el número de personas tratadas gracias a ellas se elevaba a 1 265 000.

De los 2,3 millones de niños (1,7-3,5 millones) de 0-14 años afectados por el VIH en 2006 -casi un 90% en el África subsahariana- se estima que unos 780 000 (600 000-1 000 000) necesitaban terapia antirretroviral. **Se calcula que 115 500 niños (103 000-128 000) tenían acceso al tratamiento al final de 2006, lo que representa una tasa de cobertura de aproximadamente un 15% (12%-19%)** - . Así pues, en comparación con los 75 000 niños que según estimaciones del UNICEF fueron tratados en 2005, durante el pasado año el número de niños sometidos a tratamiento aumentó en un 50%. Sin embargo, la cobertura infantil sigue todavía por detrás del 28% (24%-34%) de cobertura total de terapia antirretroviral estimada para los países de ingresos bajos y medios. A pesar de las mejoras recientes, el África subsahariana presenta la cobertura infantil más baja de todas las regiones.

Aunque las tendencias varían de un país a otro, la evidencia actualmente disponible sobre más de 50 países de ingresos bajos y medios lleva a pensar que, en términos generales, **la relación porcentual entre hombres y mujeres sometidos a tratamiento se corresponde en general con la proporción entre las prevalencias por sexo regionales de la infección por VIH.**

Se dispone de información sobre el acceso a la terapia antirretroviral por los CDI de 50 países de ingresos bajos y medios en 2004. Al final de ese año, aproximadamente 34 000 CDI o antiguos CDI estaban recibiendo terapia antirretroviral, unos 30 000 de ellos en el Brasil. En Europa oriental y Asia central, donde casi un 83% de los casos de infección por VIH se atribuyen al consumo de drogas inyectables, los CDI o antiguos CDI representaban el 24% de las personas sometidas a la terapia antirretroviral de gran actividad al final de 2004. **En términos generales, los CDI siguen teniendo un acceso limitado y desigual al tratamiento antirretroviral, sobre todo en Europa oriental.**

Un análisis de precios realizado por el Mecanismo Mundial de Información sobre Precios para los Antirretrovirales en la OMS muestra que, según el régimen terapéutico, **los precios de la mayoría de los antirretrovirales de primera línea disminuyeron un 37%-53% en los países de ingresos bajos y medios entre 2003 y 2006, y un 10%-20% entre 2005 y 2006.** Esto ha contribuido significativamente a la mayor disponibilidad de tratamiento, pero los precios siguen siendo altos en la mayoría de los países de Europa oriental y América Latina. Exceptuando el caso de algunos países de ingresos bajos, los precios medios pagados por los tratamientos de segunda línea siguen siendo inasequiblemente altos en los países de ingresos bajos y medios, donde las alternativas en forma de genéricos precalificados son escasas o inexistentes.

Aunque los datos al respecto son todavía relativamente limitados, hay indicios de que, en general, la respuesta virológica e inmunológica al tratamiento en adultos y niños en los países con recursos limitados puede ser tan satisfactoria como la observada en los entornos industrializados, siempre que la expansión se haga con una perspectiva de salud pública. Se está informando también de mejoras de la calidad de vida. No obstante, muchos países han informado de unas tasas elevadas de mortalidad antes de la aparición del SIDA y de un alto riesgo de defunción entre las personas con recuentos muy bajos de CD4. Ello se explica principalmente por el retraso del diagnóstico de la infección por VIH y del comienzo del tratamiento. Aún no se ha documentado debidamente el impacto a largo plazo del tratamiento en la prevención y los comportamientos de riesgo en los entornos con recursos limitados, aunque estudios preliminares no han revelado ninguna tendencia a una mayor desinhibición sexual de resultados de la disponibilidad de tratamiento.

Prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño

Las embarazadas seropositivas corren el riesgo de transmitir el VIH a sus hijos durante el embarazo, el nacimiento o la lactancia materna. Si no se toma ninguna medida, entre el 20% y el 45% de los niños pueden contraer la infección.

De los 2,3 millones (1,7- 3,5 millones) de niños menores de 15 años que según se estima están infectados por el VIH, se supone que muy por encima del 90% han contraído la infección por transmisión maternoinfantil. Pese a las numerosas declaraciones de compromiso político y a la disponibilidad de un conjunto bien definido de intervenciones y de los conocimientos necesarios para aplicarlas, la gran mayoría de las embarazadas necesitadas de servicios de PTMN no se están beneficiando de ellas. **En 2005, de las más de 2 millones de embarazadas que se estima que están infectadas por el VIH, sólo unas 220 000 recibieron profilaxis antirretroviral como medio de PTMN, lo que representa una tasa de cobertura del 11% (8%-16%).**

Más del 85% de las embarazadas infectadas por el VIH viven en el África subsahariana. Los 10 países con las cifras más altas de embarazadas infectadas por el VIH representan las dos terceras partes de las mujeres que requieren intervenciones de PTMN en los países de ingresos bajos y medios y, exceptuando la India, se encuentran en esa región. La cobertura de profilaxis antirretroviral es todavía relativamente baja en esos 10 países; el único país en el que reciben profilaxis más del 25% de las embarazadas que se estima que están infectadas por el VIH es Sudáfrica.

Los datos obtenidos en 2005 en los países del África subsahariana muestran que la proporción de embarazadas infectadas por el VIH y sometidas a profilaxis antirretroviral se situaba entre el 1% y el 54%, y que la cobertura regional general era del 11% (8%-15%). Los valores estimados correspondientes eran del 75% (38%-95%) para Europa oriental y Asia central, 24% (13%-46%) para América Latina y el Caribe, 5% (3%-10%) para Asia oriental, meridional y sudoriental, y menos del 1% para África del Norte y Oriente Medio.

Más de 100 países han establecido programas de PTMN, pero la mayoría de ellos no se han expandido para cubrir las necesidades de servicios. Los datos más recientes de 2005 muestran que sólo hay siete países que suministren profilaxis antirretroviral al 40% o más de las embarazadas infectadas por el VIH.

Asesoramiento y pruebas del VIH

Las encuestas realizadas en los países muy afectados han revelado un escaso nivel de conocimiento del propio estado serológico respecto del VIH. Los datos disponibles parecen indicar que **la cobertura mundial de los servicios de asesoramiento y pruebas del VIH sigue siendo inadmisiblemente baja**. Las encuestas de demografía y salud efectuadas en 12 países de alta carga de morbilidad que concentran al 47% de los adultos y niños afectados por el VIH/SIDA en el África subsahariana en 2005 mostraron que, en la población general, la mediana del porcentaje de hombres y mujeres que se habían sometido a las pruebas del VIH y habían recibido los resultados era del 12% y el 10%, respectivamente.

Los datos sobre el número de personas con VIH/SIDA que conocen su seropositividad son aún más limitados. Según los resultados de encuestas poblacionales que incluían las pruebas del VIH y se llevaron a cabo en un reducido número de países del África subsahariana, el porcentaje de mujeres afectadas por el VIH que conocían su situación antes de la encuesta era de entre un 12% y un 25%, y en los hombres del orden del 8%-24%.

En más de 70 países de ingresos bajos y medios que fueron objeto de estudio y notificaron datos sobre 2005, sólo el 10% de las embarazadas se habían sometido a las pruebas del VIH. La cobertura de esas pruebas entre las embarazadas es baja en varios de los 10 países que presentan las cifras estimadas más altas de embarazadas infectadas por el VIH.

Según algunos datos, parece que desde 2003 se han triplicado tanto las pruebas del VIH entre los enfermos de tuberculosis como la detección de la coinfección VIH/tuberculosis. No obstante, en 2005, sólo el 7% de los pacientes con tuberculosis fueron analizados para detectar el VIH en todo el mundo, y los países con una epidemia generalizada de infección por VIH notificaron que sólo se había analizado la serología VIH de un 13% de todos los enfermos de tuberculosis. A nivel mundial, el 86% de la cifra estimada de enfermos tuberculosos seropositivos no son analizados para detectar el VIH durante su tratamiento. El asesoramiento y las pruebas del VIH iniciadas por el proveedor se están convirtiendo en una importante estrategia para expandir el acceso al tratamiento y la atención de la infección por VIH/SIDA entre los pacientes con tuberculosis.

Intervenciones dirigidas a los consumidores de drogas inyectables

Las estimaciones de 94 países informantes de ingresos bajos y medios parecen indicar que la proporción de CDI que se benefician de algún tipo de servicio de prevención aumentó de poco más del 4% en 2003 a un 8% en 2005. No obstante, **la cobertura de intervenciones de prevención para CDI es todavía muy baja en comparación con el tamaño de la población global de CDI, que en 2003 se estimaba en 13,2 millones de personas aproximadamente**.

Los tratamientos de sustitución eran legales en 16 países de Europa oriental y Asia central en 2005. Se obtuvieron datos sobre el número de pacientes sometidos a esos tratamientos en 14 países, en los que la cobertura se situaba entre el 0,9% y el 1,1% de los CDI.

En 2005, 10 países/territorios de Asia meridional y sudoriental y tres de Asia oriental y el Pacífico contaban al menos con un programa dedicado al intercambio de agujas y jeringas, y la terapia de sustitución de opiáceos era legal en China, la India, Indonesia, el Irán, Malasia, Myanmar, Nepal, Singapur y Tailandia.

Poco se sabe acerca del intercambio de agujas y jeringas y la terapia de sustitución de opiáceos en Oriente Medio, África del Norte y África subsahariana. En América Latina y el Caribe, se halló información sobre el intercambio de agujas y jeringas en la Argentina, el Brasil, Puerto Rico y el Uruguay; en México funciona un programa de terapia de mantenimiento con metadona.

Control de las infecciones de transmisión sexual para prevenir la transmisión del VIH

La evidencia acumulada durante los dos últimos decenios muestra una estrecha asociación entre las ITS, en particular las enfermedades ulcerativas genitales (EUG), y un mayor riesgo de transmisión sexual del

VIH. A fin de prevenir la morbilidad por ITS y reducir la incidencia de la infección por VIH, se han aplicado muchos métodos de prevención y control de las ITS que se han revelado eficaces. La prevalencia de algunas ITS graves (p. ej., el chancroide blando, la sífilis y la gonorrea) ha descendido en muchas partes del mundo. Simultáneamente, sin embargo, parece haberse producido un incremento absoluto de la incidencia de infección por el virus herpes simple de tipo 2 (VHS-2), que se ha convertido en la principal causa de EUG.

Los servicios de prevención y atención de las ITS contribuyen al logro del acceso universal a la prevención, atención y tratamiento del VIH promoviendo el uso correcto y sistemático del preservativo, los cambios de comportamiento, el empoderamiento de las poblaciones vulnerables y el tratamiento de las propias ITS. Aunque es preciso expandir los servicios de ITS, también es necesario mejorar el cribado y la educación para el reconocimiento de los síntomas.

Vigilancia de la epidemia de VIH/SIDA

Los datos proporcionados por los sistemas de vigilancia del VIH han sido cruciales para las actividades de promoción y las decisiones de política, en particular para la focalización de las intervenciones de prevención y la obtención de estimaciones realistas de las necesidades de atención y tratamiento. En 2000, el ONUSIDA y la OMS lanzaron la metodología de vigilancia de segunda generación del VIH para mejorar el seguimiento de la infección. Esta estrategia fomenta la adaptación de los sistemas de información a las características de la epidemia en países específicos y pone en relación diferentes fuentes de información, incluidos datos sobre el comportamiento sexual y la prevalencia de la infección por VIH. La mayoría de los países han adoptado ese enfoque, aunque la calidad y las tendencias han variado con el tiempo en diferentes lugares.

En 2006, 44 países habían implantado de forma plena sistemas de vigilancia, 42 habían implantado parcialmente ese tipo de sistemas, y 46 disponían de sistemas que estaban funcionando deficientemente en comparación con las recomendaciones formuladas por el Grupo de Trabajo ONUSIDA/OMS sobre Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y de las ITS. Esto representa un ligero aumento de la calidad de los sistemas de vigilancia a nivel mundial durante los últimos años.

La preocupación suscitada por la representatividad de los sitios de vigilancia y la exactitud de las estimaciones nacionales de la infección por VIH derivadas de la vigilancia realizada en los dispensarios de atención prenatal han dado lugar a una mayor demanda de encuestas poblacionales de recogida de datos sobre la prevalencia y la distribución del VIH en poblaciones enteras. La combinación de diferentes fuentes de datos arroja estimaciones más precisas de la prevalencia de la infección por VIH; este sistema es el que utilizan la OMS y el ONUSIDA para actualizar regularmente las estimaciones sobre la presencia del VIH en los países. La introducción de nuevas mejoras en los sistemas de recopilación, análisis y notificación de datos permitiría refinar más la evaluación de la situación y las tendencias de la epidemia de SIDA en los países y regiones.

Progresos en el establecimiento de metas para el acceso universal

En la declaración política emanada de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en junio de 2006, los países se comprometieron a formular metas ambiciosas con miras a lograr el acceso universal. Al final de 2006, 90 países habían facilitado datos sobre los indicadores de resultados propuestos por el ONUSIDA en sus indicaciones operacionales sobre el establecimiento de metas relacionadas con el acceso. De esos 90 países, **81 habían establecido metas de tratamiento y 84 habían establecido metas de resultados para al menos una intervención de prevención.**

Aunque los países se comprometieron a fijar metas para el final de 2006, muchas de esas metas aún no han sido respaldadas oficialmente por las autoridades nacionales, y algunos países con baja prevalencia acaban de iniciar el proceso de establecimiento de metas. Además, debido a la necesaria armonización e integración de la definición de las metas con los procesos de planificación nacionales, varios países deberán prolongar esa tarea a lo largo de 2007.

Futuros retos

1. Prosigue la expansión del acceso al tratamiento, pero habrá que superar algunos obstáculos importantes al logro del acceso universal

- Para lograr el acceso universal en 2010 se requerirá un aumento pronunciado del número de personas que inicien el tratamiento cada año.
- Debe otorgarse mayor prioridad a la promoción, vigilancia y evaluación de la equidad en el acceso a los servicios, incluidos los destinados a los CDI y a otros grupos marginados
- Los avances en la prevención y el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por VIH en la población infantil son aún muy escasos.
- Urge disponer de nuevos métodos de prestación de servicios que ayuden a fortalecer los sistemas de salud.
- Los servicios de tratamiento y prevención se deben expandir en paralelo.
- Las dudas sobre la sostenibilidad financiera a largo plazo están dificultando los progresos.
- La vigilancia de los beneficios y el impacto del tratamiento es fundamental para garantizar la continuidad del compromiso internacional.

2. El sector de la salud debe intensificar sus esfuerzos para mejorar el acceso a los servicios de prevención para las poblaciones de más riesgo y las personas con VIH/SIDA

- Se necesitan urgentemente unos sistemas de extensión más eficaces del sector de la salud para las poblaciones de más riesgo.
- Deben atenderse las necesidades de prevención de las personas con infección por VIH/SIDA.

3. Se necesita un esfuerzo mundial concertado para acelerar la expansión de las intervenciones integrales de PTMN

- La mayoría de los países de ingresos bajos y medios carecen de servicios de PTMN integrales.
- Hay que llevar a la práctica las directrices y los conocimientos técnicos disponibles sobre la PTMN.

4. Se debe reforzar el control de las infecciones en los entornos sanitarios

- Tanto la infección por VIH como la tuberculosis se han de afrontar más eficazmente aplicando estrategias integrales de control de las infecciones en los entornos asistenciales.

5. Se necesitan diversas estrategias para fomentar el conocimiento de la serología VIH

- Es necesario expandir de forma continuada los servicios de APV, pero para ello deben superarse los obstáculos a la utilización de los servicios.
- El sector de la salud debe ampliar su función en materia de asesoramiento y pruebas del VIH.

6. Es necesario mejorar la calidad y el alcance de la información estratégica

- La precariedad de los sistemas de seguimiento y evaluación es un obstáculo para aumentar la financiación y la eficacia de la implementación.
- Se requieren metas y referencias nacionales ambiciosas para seguir estimulando la acción y la responsabilización.
- Una mayor inversión en las investigaciones operativas ayudará a potenciar el impacto de los programas.

7. Los servicios de circuncisión masculina deben considerarse una intervención importante para reducir el riesgo de infección por VIH

8. La tuberculosis conlleva importantes amenazas y oportunidades para la respuesta al VIH/SIDA

- La aparición de la tuberculosis extremadamente farmacorresistente (XDR-TB) en entornos de alta prevalencia de la infección por VIH, sobre todo en el África austral, constituye una grave amenaza para la salud pública.
- Los esfuerzos generales desplegados para asegurar que las personas con infección por VIH/SIDA disfruten de acceso adecuado a unos servicios de calidad de prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis son insuficientes.
- La priorización del acceso a unos servicios de calidad de prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis prevendrá el desarrollo y propagación de la tuberculosis farmacorresistente y prolongará la calidad y cantidad de vida de las personas afectadas por el VIH/SIDA.

Los programas contra la tuberculosis y contra el VIH/SIDA están colaborando cada vez más para superar los obstáculos de los sistemas de salud al logro de sus metas comunes, pese a lo cual se siguen desaprovechando oportunidades.

* * *